

07 artículo

Joaquim Bañeres [Buscar autor en Medline]



Perspectivas de la mejora de la calidad en la Atención Primaria

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

El primer paso para medir la calidad asistencial es adoptar una definición de calidad que sea ampliamente aceptada. Esta no es una tarea fácil, ya que según quien haga la definición se pondrá el acento en uno de sus componentes o en otros.

Existen dos tipos de definiciones de la calidad: definiciones genéricas y definiciones desagregadas. Entre las primeras encontramos incluso frases cortas como: cero defectos ¹, idoneidad y adecuación al uso ², satisfacer al cliente ³, excelencia ⁴. O pueden ser declaraciones formales como las que se pueden leer en la **tabla 1**. Estas definiciones son generalizables, pero tienden a ser poco específicas y de difícil aplicación.

En contraste, las definiciones desagregadas reconocen que la calidad es un concepto complejo y multidimensional en el que cada componente es separable y definible. No todos los autores coinciden en cuáles son estas dimensiones, o si las que se plantean son realmente dimensiones de la calidad o son conceptos separados. En todo caso, parece razonable observar una lista lo más exhaustiva posible y que las organizaciones y los ciudadanos a los que atienden decidan cuáles son los componentes principales de la calidad.

Algunos países y organizaciones internacionales han creado marcos en los que se incluye la calidad de la atención sanitaria dentro de una visión global en la que se tienen en cuenta otros elementos. Por ejemplo, tiene especial interés por su visión global el del Canadian Institute for Health Information representado en la **tabla 2**. En él se observan elementos como el estado de salud, los determinantes no sanitarios de la salud o las características de la comunidad y del sistema sanitario que pueden ser útiles para la contextualización de la calidad.

Las dimensiones incluidas en la tabla (aceptabilidad, accesibilidad, adecuación, competencia, continuidad, efectividad, eficiencia, seguridad) son difícilmente discutibles, aunque se pueden echar de menos aspectos como la satisfacción del paciente o, de manera más

bibliografía

1. Crosby, P. B. 1979. Quality is Free, New York, McGraw-Hill
2. Juran, J. M. 1988. Juran on Planning for Quality, New York, Free Press
3. Peters, T. 1987. Thriving on Chaos: Handbook for a Management Revolution, New York, Alfred A. Knopf.
4. Royal College of General Practitioners 1995. The Development and Implementation of Clinical Guidelines. RCGP.
5. Institute of Medicine 1992. Guidelines for clinical practice: from development to use, Washington D.C., National Academic Press.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



completa, la atención centrada en el paciente.

En todo caso, un servicio que sea accesible, adecuado, efectivo y que cubra el resto de dimensiones mencionadas, tiene altas probabilidades de ser un servicio de calidad. Por eso es muy útil cuando nos preguntamos si estamos proporcionando un servicio de calidad ir revisando las diferentes dimensiones (ver definiciones en **tabla 3**) e ir comprobando que las diferentes caras de este concepto poliédrico están satisfactoriamente cubiertas.

En determinadas situaciones, las dimensiones se tendrán que contrapesar y dar prioridad a unas respecto de las otras, teniendo en cuenta los valores y las circunstancias. Sin embargo, en todo momento, las decisiones que se tomen deberán considerar que la atención centrada en el paciente es la parte nuclear de la calidad en la prestación de servicios sanitarios.

¿Hay razones para preocuparse por la calidad de la atención?

A continuación, a modo de ejemplo, se presentan algunos datos que hacen referencias a algunas de las dimensiones de la calidad anteriormente planteadas:

- Entre 44,000-98,000 estadounidenses mueren anualmente como consecuencia de problemas de seguridad atribuibles a la atención sanitaria ⁶.
- Solamente el 55% de los pacientes en una muestra aleatoria de un estudio reciente recibían la atención recomendada, con escasas diferencias entre la atención preventiva, la de pacientes agudos o la de crónicos ⁷.
- Los errores relacionados con la medicación hospitalaria implican un coste anual de aproximadamente 2.000 millones de dólares ⁸
- El tiempo medio entre el descubrimiento de tratamientos más efectivos y su incorporación a la práctica de forma rutinaria es de 17 años ^{9,10}
- 18,000 estadounidenses fallecen anualmente por cardiopatía isquémica porque no reciben la medicación preventiva, a pesar de ser candidatos a tomarla ¹¹
- Más del 50% de los pacientes diabéticos, hipertensos, con adicción al tabaco, con hiperlipidemia, asmáticos, insuficiencia cardíaca o con depresión son inadecuadamente tratados ¹²⁻¹⁹

Estos datos son suficientemente elocuentes para decir, en el lenguaje propio de la mejora continua de la calidad, que existen muchas oportunidades para mejorar.

Hasta hace poco los estudios sobre las deficiencias en la calidad procedían ampliamente del sector hospitalario, estimulados por la mejor disponibilidad de datos, los altos costes de la atención hospitalaria y el interés de la sociedad por la medicina de alta tecnología. Sin embargo, la mayoría de los problemas de salud se presentan en la atención primaria, donde existen experiencias poco

extendidas y menos publicadas sobre la evaluación y mejora de la calidad.

En el artículo de Seddon, Marshall, y Roland²⁰ se revisaron sistemáticamente los principales estudios realizados en un período de cinco años en Inglaterra, Australia y Nueva Zelanda. Encontrando que muchos de los estudios publicados tenían destacables debilidades metodológicas y no permitían concluir sobre aspectos globales de la calidad en atención primaria más que de forma tentativa. A pesar de los problemas metodológicos, había algunos estudios, los más rigurosos, en los que se podía constatar que la atención sanitaria en APS, de una forma consistente y a veces muy llamativa, no conseguía alcanzar los estándares de calidad esperables para todas las condiciones estudiadas. Además existía una polarización de los estudios hacia la patología crónica, siendo los aspectos preventivos menos abordados y las condiciones agudas prácticamente inexploradas.

¿Es posible mejorar?

En una era en la que se espera cada vez más de los profesionales sanitarios que respondan ante la sociedad sobre el nivel de calidad de los servicios que prestan, la confianza de los ciudadanos solamente se podrá mantener si se puede demostrar que esos niveles son los más altos posibles.

La mejora de calidad se puede abordar fundamentalmente desde dos perspectivas diferentes: la perspectiva interna y la externa. Desde la perspectiva interna de los equipos de atención primaria podríamos hablar de la Mejora continua de la calidad, en la que además de unos principios que la caracterizan (**tabla 4**) plantea una aproximación metodológica con un gran potencial para la mejora.

Desde la perspectiva externa, la acreditación de centros de atención primaria realizada por una entidad externa tiene también un gran potencial para mejoras de las estructuras, procesos asistenciales y organizativos y de los resultados.

La perspectiva interna: la Mejora Continua de la Calidad (MCC)

La mejora continua de la calidad facilita un arsenal metodológico para la mejora de la práctica clínica y organizativa. En la **figura 1** se describe de forma gráfica uno de los enfoques clásicos de la MCC, el ciclo PDSA. Este ciclo pone al alcance de los equipos un razonamiento científico para abordar los problemas desde una perspectiva parecida al recorrido clínico: identificando los problemas, buscando sus causas, proponiendo mejoras, implantándolas y evaluando su impacto.

En la **figura 2**, en una adaptación del PDSA, se delimitan los pasos más detallados del proceso de mejora:

1. Fase de proyecto : identificar qué se quiere alcanzar y quién estará implicado.
2. Fase de diagnóstico : Establecer las características y magnitud del problema, sus causas, qué estrategias de mejora se pueden poner en marcha y cómo medir los resultados.

3. Fase de intervención : Implantar los cambios identificados en la fase de diagnóstico.
4. Fase de Impacto : Medir y documentar el efecto de los cambios.
5. Fase de mantener la mejora : Monitorizar de forma continua y planificar para mejoras futuras.

Entre estas fases cabe destacar la utilización de indicadores clínicos y organizativos. Los indicadores son mediciones que se relacionan con condiciones clínicas y organizativas específicas que nos pueden dar información sobre las diferentes dimensiones de la calidad. En este sentido es interesante observar experiencias que intentan formular indicadores comunes entre diferentes países, como Engels et al.²¹ que afirma que es posible desarrollar un conjunto de indicadores común a pesar de las diferencias organizativas y culturales de los seis países del estudio.

En las tablas **5** y **6** se describen los posibles beneficios e inconvenientes de la utilización de indicadores. A pesar de que existen riesgos al utilizar indicadores que no se deben infraestimar, proporcionan un medio útil para evaluar y mejora la calidad. Se deben utilizar basándose en lo posible en las evidencias y testar, siempre que se pueda, su validez, fiabilidad, aceptabilidad y factibilidad. Se pueden utilizar técnicas de consenso para su formulación en las que se combinan las evidencias y la opinión de expertos, lo que hace más asequible su formulación.

La perspectiva externa: la acreditación de Centro de Atención Primaria (CAP)

La acreditación es el procedimiento que utiliza una institución externa a la organización sanitaria, normalmente no gubernamental, para evaluar a la organización y su cumplimiento de una serie de estándares diseñados para mejorar la calidad de la atención. Si la institución evaluada cumple satisfactoriamente con los estándares recibe un certificado de acreditación. En atención primaria existen diversas experiencias de acreditación que permiten observar que se está generalizando la acreditación a nivel internacional en este nivel asistencial.

La mejora de la calidad que inspira un modelo de acreditación siempre tiene como protagonistas a las personas a las que damos servicio (pacientes, familiares, comunidad ♦) y las personas que dan servicio (profesionales, clientes internos).

En los centros en los que ya están acreditados o en los que se ha avanzado mucho en el proceso, se ha podido comprobar que el proyecto de la acreditación era un buen instrumento para implicar a un grupo importante de profesionales en la mejora continua de la calidad. En estos centros de una manera progresiva muchos profesionales han considerado que los requerimientos y la filosofía del modelo eran un buen sistema para mejorar la interlocución entre los diferentes estamentos y entre directivos y responsables y los profesionales.

El hecho de que una institución se quiera acreditar es una manera de hacer visible el deseo de mejorar. Es un fuerte compromiso delante de la sociedad y de la comunidad a la que atienden y una forma de

materializar la preocupación por la calidad de los servicios que se prestan.

Es una forma de introducir un modelo de gestión dinámica y participativa con un gran potencial para catalizar cambios y para guiar la gestión y la organización de la mejora de calidad.

Desde un punto de vista de sector tiene una gran capacidad para conseguir la homogeneidad de los servicios. En la medida en que todos los centros trabajan para el cumplimiento de unos estándares de calidad comunes, mejora la probabilidad de que los aspectos que se contemplan en estos estándares tengan una menor variabilidad entre los centros. Sin olvidar que estos estándares promocionan la coordinación, integración y continuidad de la asistencia, aspectos normalmente insuficientemente desarrollados en nuestro sistema sanitario.

De forma esquemática, pero más concreta, podemos decir que en un CAP acreditado cuando un paciente es atendido en atención continuada, en la unidad de atención al paciente, en la consulta médica o de enfermería o en cualquier otro lugar, aumenta la probabilidad de que su acogida, su evaluación, la realización de pruebas complementarias, la planificación de la asistencia, la realización de la asistencia (gestión del medicamento, realización de programas de salud, cumplimiento de protocolos, educación, respeto de sus derechos, etc.) sean de mayor calidad. Y todo ello en el marco de una organización en la que el liderazgo, la gestión de la calidad, de los recursos humanos, de la seguridad de las instalaciones y de la información contribuyen a que la atención produzca el máximo beneficio posible.

La perspectiva interna facilita la utilización de una metodología que identifica y prioriza los problemas desde la perspectiva de los profesionales. La perspectiva externa permite introducir mejoras basadas en el conocimiento y la experiencia del trabajo con múltiples organizaciones sanitarias.

La visión de la calidad desde estas dos perspectivas brinda la posibilidad a los equipos de atención primaria de abordar la mejora de la atención fomentando la auto-evaluación y la interdisciplinariedad, de demostrar la calidad de sus servicios y de asegurar la confianza en la organización. Ambas perspectivas son complementarias y deseables para una organización.

